

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

concernant l'aptitude de

N° de détenteur:
Nom: Prénom:
Date de naissance:
Adresse (rue et n°):
c/o N° postal Localité:

A. Anamnèse

maladies et conséquences d'accident significatives du point de vue de la médecine du trafic, consommation de médicaments, consommation de stupéfiants, troubles de la conscience, vertiges, syncopes, épilepsies, maladies psychiques, diabète, autres troubles du métabolisme, troubles des fonctions cérébrales, maladies avec somnolence diurne accrue

B. Rapport d'examen

1 État de santé général/impression générale :

.....
.....

2 Facultés visuelles

vision lointaine :
à droite : non corrigée: corrigée:
à gauche: non corrigée: corrigée:
vision monoculaire :
diplopie :
réaction à la lumière :
motilité :
champs visuel :

3 Ouïe (à ne remplir que pour le 2^e groupe !)

voix normale audible: mètres (à droite/à gauche)
voix chuchotée: mètres (à droite/à gauche)
maladies de l'oreille interne ou moyenne:

4 Peau

emplacements des piqûres:
cloison nasale particulière:
stigmates au niveau du foie:
autres particularités:

5 Psyché

humeur:
affect:
attention:
concentration:
mémoire:
autres particularités:
déficiences cognitives:
indices de démence naissante:
autres particularités:

6 Système nerveux

- motricité (coordination, Romberg, réflexes):
- sensibilité (perception des vibrations, orientation):
- épreuve de la marche sur une ligne droite:
- signes végétatifs/tremblements:

7 Système cardiovasculaire

- pouls:
- tension artérielle:
- pouls périphériques:
- auscultation/limites du cœur:
- veines:
- signes d'insuffisance:

8 Organes respiratoires

- thorax:
- voies supérieures:
- auscultation:
- percussion:

9 Organes abdominaux

- taille du foie:
- autres particularités:

10 Appareil locomoteur

- déficiences:
- paralysies:
- conséquences d'accident:
- réduction des fonctions et du mouvement:

11 Autres particularités

.....

Examens supplémentaires (en cas d'indication fondée): analyses de laboratoire (par ex. marqueurs biologiques d'alcoolisme, dépistage de drogues), ECG, tests courts de dépistage de déficiences des fonctions cérébrales (par ex. Trail-Making Test A et B, mini-examen de l'état mental, test de la montre):

.....

.....

Évaluation, diagnostics:

.....

.....

Date de l'examen:

Cachet et signature du médecin:

.....

.....

CERTIFICAT MEDICAL

concernant l'aptitude de

N° de détenteur:
Nom: Prénom:
Date de naissance:
Adresse (rue et n°):
c/o N° postal Localité:

1 Le candidat ne souffre d'aucun(e) maladie ou état significatifs du point de vue de la médecine du trafic.

Le candidat souffre des maladies ou états relevant de la médecine du trafic suivant(e)s :

.....

2.1 Les exigences médicales minimales (annexe 1 OAC)

du 1er groupe (A, A1, B, B1, F, G, M):

sont satisfaites

aux conditions suivantes (ch.3.2)

ne sont pas satisfaites

brève justification :

.....

.....

du 2e groupe (D, D1, C, C1, autorisation transporter des personnes à titre professionnel, experts de la circulation, bateaux à passagers ou marchandises motorisés) :

sont satisfaites

aux conditions suivantes (ch.3.2)

ne sont pas satisfaites

brève justification :

.....

.....

2.2 Résultat équivoque : l'évaluation définitive doit être réalisée par un médecin reconnu de niveau 3 ou 4.

Étant donné que l'aptitude à la conduite du candidat soulève des doutes sérieux, il ne devrait conduire aucun véhicule avant des clarifications supplémentaires.

3.1 **Contrôle de vue** (compléter pour chaque groupe)

Port de correcteur de vue pour :

le 1^{er} groupe OUI NON

le 2^e groupe OUI NON

3.2 Le candidat est apte s'il se soumet aux conditions médicales suivantes :

.....

.....

4. Prochain contrôle : dans le délai normal, conforme à l'OAC

dans mois par un médecin reconnu du niveau

Lieu et date de l'examen :

Global Location Number (GLN) :

Timbre et signature du médecin :

.....

.....

.....